Auszug aus der Arbeit!

JUN 19 1923

Ueber die Methoden der Vereinigung von Oesophagus und Darm nach totaler Magenexstirpation

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät der
Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Walter Blank, Hannover

Verfasser gibt in der Einleitung seiner Arbeit einen kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Totalexstirpation des Magens und geht dann auf die einzelnen Methoden der Vereinigung von Oesophagus und Darm, die nach dieser Operation in Betracht kommen, ein. Er bespricht zuerst die Oesophago-duodenostomie und sieht hierbei die Schwierigkeit einerseits in der Mobilisation des Oesophagus, andererseits in der Mobilisation des Duodenums. Er lehnt an der Hand einiger Fälle und nach dem Beispiel vieler Autoren die Mobilisation des Oesophagus ganz ab und bespricht dann das Sauerbruch'sche Ueberdruckverfahren und seine Anwendungsmöglichkeit auf diese Methode, über die er, da keine Versuche darüber bisher veröffentlicht sind, das Urteil über einen Erfolg offen lassen muß. Für die Mobilisation des Duodenums gibt er Kochers Methode als die maßgebende an. Er bespricht dann die Vor- bezw. Nachteile der Naht gegenüber den Darmknöpfen und kommt zu dem Schlusse, daß wegen der Schwierigkeit der Naht an dem von Serosa entblößten Oesophagus und der schlechten Verklebungsstendenz desselben ein Darmknopf (Murphy) zu bevorzugen sei. Dem Nahtsicherungsverfahren nach Senn (Netzstücke über die Nahtstelle) wird Erwähnung getan, ferner wird die heute nicht mehr angewandte Kelling'sche Prothese beschrieben, die den großen Hohlraum überdecken soll, um die Infektionsgefahr zu vermindern. Daß trotz der erschreckend hohen Mortalitätsziffer (57 pCt.) die Oesophago-Duodenostomie heute noch vielfach ausgeführt wird, wird durch die verhältnismäßig ein-

fache Technik und die Annäherungsmöglichkeit der Lumina wegen concentrischer Schrumpfung genügend erklärt.

Die 2. Operationsmethode ist die Oesophagojejunostomie, Verfasser will sie hauptsächlich für die Fälle reserviert haben, wo wegen Spannung eine Apposition des Oesophagus an das Duodenum unmöglich ist.

Die drei Unterarten dieser Methode sind:

1. die analog der Gastroenterostomia anterior,
2. die analog der Gastroenterostomia posterior,
3. die Roux'sche Y. Methode.

Die erste wird wegen des circulus vitiosus, wegen der Länge des Weges und überhaupt aus den gleichen Gründen wie die analoge G. E. ant. abgelehnt und nur für die Fälle vorbehalten, wo eine Perigastritis das Anlegen eines Mesokolon-Schlitzes unmöglich macht. Die andern beiden Methoden, die ziemlich gleichwertig sind, beginnen mit dem Duodenalverschluß und ziehen dann eine Jejunalschlinge durch ein Mesocolonschlitz nach oben, darauf wird Jejunum und Oesophagus Seit zu End verbunden. Es wird **die** Jejunalschlinge benutzt, die ohne Spannung zur Annäherung gebracht werden kann. Bei der post. folgt zur Vermeidung des circulus vitiosus eine Enteroanastomose, bei der Y. Methode die Einpflanzung des abgetrennten Jejunalstückes in die abführende Jejunalschlinge unterhalb des Mesocolons. Auch bei der Oesophagojejunostomie wird der Murphyknopf der Naht aus den oben erwähnten Gründen vorgezogen. Die Y. Methode wird trotz der schwierigeren Technik

bevorzugt, da sie den circulus vitiosus und die Regurgitation sicher vermeidet.

Hierauf wird der Duodenostomie und der Jejunostomie Erwähnung getan und die beiden Methoden für vollkommen unbrauchbar erklärt, da sie den sicheren Tod des Patienten herbeiführen.

Nachdem der Verfasser dann noch 7 Anhaltspunkte für die Ausführung der Vereinigung kurz aufgezählt hat und die Vorzüge der subtotalen vor der totalen Gastrektomie besprochen hat, bringt er zum Schluß den an der Hallenser Chirurgischen Universitätsklinik von Herrn Prof. Völcker nach Roux'scher Y. Methode operierten Fall bei diffusen Magencarcinom zur Besprechung.